THESE

DE

HENRIQUE FERREIRA SANTOS REIS.

PARA O DOUTORADO EM MEDICINA.

THESE

APRESENTADA

Á FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA

E PERANTE ELLA PUBLICAMENTE SUSTENTADA

EM NOVEMBRO DE 1870

POR

Henrique Ferreira Santos Reis

NATURAL D'ESTA PROVINCIA,

EX-INTERNO DE CLINICA EXTERNA

FILHO DE D. EMMERENCIANA MARIA DE JESUS.

Seule la reunion de la medicine avec la chirurgie fait le parfait médecin. Celui qui serait privé de la connaissance de l'une de ces branches ressemblerait à l'oiseau qui manquèrait d'une aile.

(Bilroth—citando o Ayur— Veda de Susrutas.)

BAHIA

TYPOGRAPHIA DE J. G. TOURINHO

1870.

FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. João Baptista dos Anjos.

VICE-DIRECTOR

O Ex.mo Snr. Conselheiro Dr. Vicente Ferreira de Magalhães.

LENTES PROPRIETARIOS.

OS SRS. DOUTORES	MATERIAS QUE LECCIONAM
	1.° ANNO.
Cons. Vicente Ferreira de Magalhães .	Physica em geral, e particularmente em suas applicações à Medicina.
Francisco Rodrigues da Silva.	Chimica e Mineralogia.
Adriano Alves de Lima Gordilho . . .	Anatomia descriptiva.
	2.° ANNO.
Antonio de Cerqueira Pinto	Chimica organica.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
Antonio Mariano do Bomfim	Botanica e Zoologia.
Adriano Alves de Lima Gordilho. . . .	Repetição de Anatomia descriptiva.
	3.° ANNO.
Cons. Elias José Pedroza	Anatomia geral e pathologica.
José de Góes Sequeira	Pathologia geral.
Jeronymo Sodré Pereira	Physiologia.
	4.° ANNO.
Cons. Manoel Ladisláo Aranha Dantas. .	Pathologia externa.
. . . .	Pathologia interna.
Conselheiro Mathias Moreira Sampaio	Partos, molestias de mulheres pejadas e de meninos recemnascidos.
	5.° ANNO.
. . . .	Continuação de Pathologia interna.
José Antonio de Freitas.	Anatomia topographica, Medicina operatoria, e apparelhos.
. . . .	Materia medica, e therapeutica.
	6.° ANNO.
. . . .	Pharmacia.
Salustiano Ferreira Souto	Medicina legal.
Domingos Rodrigues Seixas	Hygiene, e Historia da Medicina.
. . . .	Clinica externa do 3.° e 4.° anno.
Antonio Januario de Faria	Clinica interna do 5.° e 6.° anno.

OPPOSITORES.

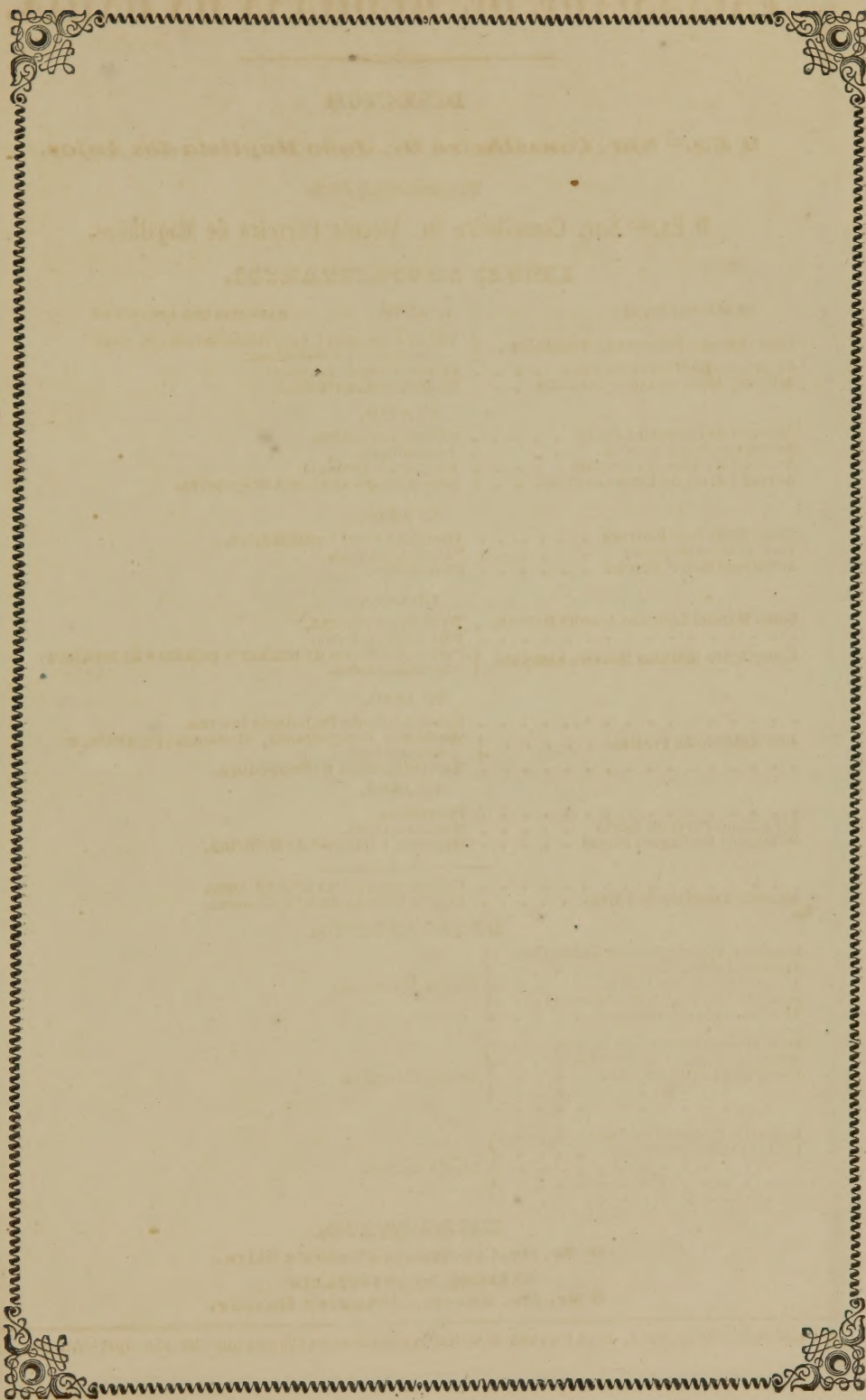
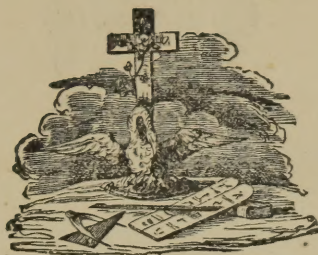
Rozendo Aprigio Pereira Guimarães. .	Secção Accessoria.
Ignacio José da Cunha.	
Pedro Ribeiro de Araujo.	
José Ignacio de Barros Pimentel . . .	
Virgilio Clymaco Damazio	
José Affonso Paraizo de Moura. . . .	Secção Cirurgica.
Augusto Gonçalves Martins.	
Domingos Carlos da Silva.	
. . . .	
. . . .	
Demetrio Cyriaco Tourinho	Secção Medica.
Luiz Alvares dos Santos	
. . . .	
. . . .	
. . . .	

SECRETARIO.

O Sr. Dr. Cincinnato Pinto da Silva.

OFFICIAL DA SECRETARIA

O Sr. Dr. Thomaz d'Aquino Gaspar.

A Faculdade não approva, nem reprova as opiniões emittidas nas theses que lhe são apresentadas.

A MEMORIA

DE

MEU PAE.

AOS MANES DE MEUS INNOCENTFS IRMÃOS

Á MEMORIA

DO

Dr. João Pedro da Cunha Valle,

E DO COLLEGA

Dr. João Telles de Carvalhal.

À MINHA MÃE.

Á MEUS IRMÃOS E IRMÃS.

AOS ILLUSTRISSIMOS SENHORES

Dr. Joviniano Reginaldo Alvim.
Dr. Francisco Joaquim Ferreira Nina.
Dr. Pedro Ribeiro d'Almeida Santos.

Eterno reconhecimento.

AO ILLUSTRISSIMO SENHOR CAPITÃO

Francisco José Pereira de Carvalho

E Á SUA EXCELLENTISSIMA SENHORA

Muita gratidão.

AO MEU ESPECIAL AMIGO

O DR. JOSÉ BENICIO D'ABREU.

Reciprocidade.

Á TODOS QUE ME HONRÃO COM A SUA AMIZADE.

Retribuição.

Á ILLUSTRADA CONGREGAÇÃO DA FACULDADE DE MEDICINA DA BAHIA.

AOS REVERENDISSIMOS SENHORES

Padre Mestre Turibio Tertuliano Fiuza.

Conego Dr. João Nepomuceno Rocha.

Respeito e amisade.

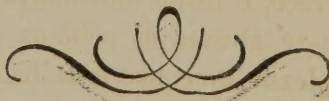
AOS COLLEGAS DOUTORANDOS

PARTICULARMENTE AOS SENHORES

Dr. João Florencio Gomes.

Dr. Francisco Rodrigues Cardoso.

Dr. Satyro d'Oliveira Dias.

Dr. João Chrysostomo da Matta Bacellar.

DISSERTAÇÃO.

PRIMEIRA PARTE.

ANATOMIA DA REGIÃO.

L'aisselle est la region la plus importante du membre superieur.
(VELPEAU.)

A REGIÃO axillar tem a fórma de uma pyramide quadrangular, cuja base concava é a cavidade da axilla e cujas parêdes são constituidas para deante pelo grande e pequeno peitoral, pelas aponevroses que cobrem e tegumentos que revestem estes musculos; para traz pelo grande dorsal e grande redondo, subscapular e bordo externo do omoplata para fóra pela extremidade superior do humerus; para dentro pela parêde thoracica coberta pelo grande dentado; o vertice da pyramide é truncado e constituido pelo espaço limitado entre a clavicula, a primeira costella, e o bordo superiôr do omoplata; é pelo vertice que passão os nervos e vasos axillares.

A profundidade da cavidade da axilla varia conforme a posição, que se dá ao braço; é maior nos individuos magros; levando o dêdo ao seu fundo sente-se atravez da pelle os ganglios lymphaticos, a cabeça do humerus, o plexus bracchial e os batimentos da arteria, que poderia ser comprimida n'este ponto em caso de necessidade.

Superposição dos planos.

Fazendo a dissecção da região encontra-se de fóra para dentro: 1.º a pelle—delicada, coberta de pellos, extremamente sensivel e encerrando grande quantidade de glandulas sudoriparas de 0m,001 á 0,002 de diametro que fornecem uma secreção acre mais ou menos abundante. Graças á sua finura e delicadesa é a pelle da axilla propria para a absorpção de substancias medicamentosas; tambem é mui sujeita á inflammação e séde de predilecção do eczema. Ao nivel da cavidade axillar se encontra uma depressão da pelle, que não é devida, como outr'ora se acreditou á pressão athmospherica, porém depende da inserção d'uma aponevrose no ponto em que a pelle se apresenta deprimida. 2.º a camada cellulosa sub-cutanea—mui pouco espêssa. 3.º a aponevrose—formada pela reunião das aponevroses do grande e pequeno peitoral, continua-se para fóra com a aponevrose bracchial, para traz se estende sobre o grande dorsal; d'este musculo muitas vezes parte um feixe, que perdendo-se na aponevrose vem ser o seu tensôr. 4.º tecido cellulo-adiposo: abaixo da aponevrose se encontra uma massa mui abundante de tecido cellular e adipôso, que enche toda a axilla e fornece muitos prolongamentos notaveis: um, para cima, que cerca os vasos axillares e o plexus bracchial, e communica o tecido cellular do pescoço com o do mediastino e o da axilla; outro para dentro, que se estende por baixo do grande peitoral até as inserções esternaes d'este musculo: na opinião do Sr. Blandin o tecido cellular profundo ainda communica com o tecido cellular sub-pleural pelas aberturas que os ramos dos nervos intercostaes atravessão. 5.º abaixo e em torno do tecido cellular profundo se achão os musculos da axilla, que dão á região a fórma pyramidal: estes musculos são: na parêde anteriôr o grande e o pequeno peitoral: o grande peitoral vae-se inserir por um forte tendão no labio anterior da corrediça bicipital; o pequeno peitoral tem a fórma de um triangulo, cujo vertice se acha na apophyse coracoide e cuja base corresponde ás costellas: occupa a parte media da parêde anteriôr da axilla, de modo que fica um espaço vazio entre este musculo e a clavicula d'um lado e d'outro lado entre o mesmo musculo e o bordo inferiôr do grande peitoral, sendo que este ultimo fórma a camada muscular por si só, tanto para cima, como para baixo: a aponevrose coraco-clavicular completa a parêde an-

terior: esta aponevrose nasce da clavicula, desce para o pequeno peitoral e envolve este musculo dividindo-se em duas fachas; depois se reconstitue no bordo inferiôr do mesmo musculo para ir se fixar definitivamente na aponevrose, que vem do grande peitoral e na pelle da cavidade axillar. Para fóra esta lamina aponevrotica, chamada por Gerdy ligamento suspensôr da axilla, se confunde com a aponevrose de envolucro do coraco-humeral: é ella que causa a depressão da pelle da cavidade axillar.

Na parêde posteriôr da axilla se encontrão os tendões reunidos do grande dorsal e grande redondo; e mais acima o musculo sub-scapular. Na parêde externa acha-se a curta porção do biceps e o coraco-humeral. Na interna vê-se o grande dentado entre cujas digitações passão dous ramusculos nervosos oriundos do terceiro e segundo ramos intercostaes e que são destinados á pelle do braço.

Entre as quatro parêdes de que hemos tratado se acha a cavidade da axilla, cheia de um tecido cellular frouxo e extensivel, no qual se encontrão vasos, nervos e ganglios lymphaticos.

A arteria axillar é o canal arterial principal d'esta região: acompanhada do plexus bracchial e da veia do mesmo nome penetra na axilla pelo triangulo limitado pela clavicula, omoplata e primeira costella: atravessa a cavidade como uma diagonal e depois continúa debaixo do nome de humeral: começa na clavicula e vae terminar no bordo inferior do tendão do grande peitoral; esta arteria occupa o angulo de reunião das parêdes anteriôr e externa da axilla; quando o braço é approximado do tronco ella repousa sobre os espaços intercostaes, affastando-se d'elles quando o braço está na abducção.

Acima do pequeno peitoral a arteria está collocada entre o plexus bracchial, que está para cima e para traz, e a veia axillar que se acha para baixo e em um plano um pouco anteriôr ao da arteria de modo que a cobre em grande parte.

Entre a clavicula e o pequeno peitoral desemboca a veia cephalica na axillar e nasce a arteria acromio-thoracica. Por traz do pequeno peitoral mudão-se as relações: a arteria se acha collocada entre os ramos do nervo mediano; ao seu lado interno se achão a veia e os nervos cutaneo interno e cubital; os nervos radial e axillar estão para traz; para fóra se encontra o musculo-cutaneo que desapparece logo no coraco-humeral.

Abaixo do pequeno peitoral ainda ha outras relações; o feixe vasculo-nervoso se applica de tal modo sobre o coraco-humeral que se encontra

de fóra para dentro: 1.º o nervo mediano, depois o cutaneo interno e por traz d'estes dous nervos a arteria, para a parte posteriôr da qual se vê collocado o nervo radial; depois da arteria se encontra o nervo cubital e em ultimo logar a veia; n'este trajecto a arteria fornece as seguintes collateraes: 1.º acima do pequeno peitoral a acromio thoracica. 2.º por traz d'este musculo a thoracica longa ou mammarea externa. 3.º abaixo do mesmo musculo a sub-scapular e as duas circumflexas.

A anomalia, que mais freqnentemente tem sido encontrada é a seguinte: a bifurcação da axillar o que coincide com a existencia de dous canaes arteriaes no braço. A veia axillar acompanha a arteria; recebe vasos, que correspondem aos ramos do seu vaso satelite; é mui volumosa, adherente á aponevrose coraco-bracchial, submettida por consequencia á aspiração determinada pelos movimentos de inspiração, pelo que ás vezes por esta veia tem logar a penetração do ar na torrente circulatoria.

Os nervos da região além do plexus bracchial são quasi todos ramos musculares: para o grande dentado o nervo respiratorio externo—para o sub-scapular, grande redondo e grande dorsal os nervos sub-scapulares: para o deltoide o nervo circumflexo ou axillar: ha ainda ramos cutaneos do segundo e terceiro dorsal destinados á pelle do braço.

A axilla apresenta muitos ganglios: os mais elevados se continuão com os do pescoço. Se os acha no angulo interno e anteriôr abaixo dos musculos peitoraes. Outros cercão os vasos axillares, recebem os lymphaticos do membro superiôr, da mamma, da região sterno-costal, da metade superiôr da região abdominal anteriôr e os que nascem nas camadas superficiaes do dorso: d'estes ganglios partem vasos que se lanção á direita na *grande veia lymphatica*, á esquerda *no canal thoracico.*

SEGUNDA PARTE.

PATHOLOGIA DA REGIÃO.

Não temos em mira estudar minuciosamente as molestias, que tem séde na axilla, até por que a pathologia cirurgica da região nada offerece de particular a não serem as modificações que esta ou aquella molestia póde soffrer da estructura anatomica da parte.

Os instrumentos perfurantes, cortantes e contundentes podem lesar a

axilla como á qualquer outra parte do corpo: ora penetrando a cavidade e compromettendo qualquer vaso ou nervo, ora attingindo somente as parêdes da região; d'ahi a divisão das feridas da axilla em penetrantes ou profundas e não penetrantes ou superficiaes: d'estas ultimas não fazemos mensão especial por ser simples o seu tratamento.

O prognostico das feridas penetrantes muito se aggrava quando ellas se acompanhão de lesão vascular. A grande espessura das partes molles dá a rasão de serem os vasos axillares raras vezes attingidos por instrumentos cortantes ou perfurantes. Ordinariamente a lesão vascular coincide com a existencia de uma ferida estreita e anfractuosa, produzida por um instrumento perfurante ou uma bala: ha tambem casos de verdadeiras feridas sub-cutaneas, occasionadas por uma forte distensão do braço ou pela picada d'um fragmento osseo. O Sr. Leroy de Caen cita o caso d'uma ferida arterial produsida por uma agulha de cozer, que por descuido se introdusira na axilla d'uma creança de dous annos e meio.

Quando ha lesão vascular o diagnostico é difficil: muitas vezes não se poderá discernir si foi a axillar ou um dos seus ramos o vaso compromettido.

Dividimos as feridas da axilla em cinco cathegorias em relação á pratica e á therapeutica.

1.ª A ferida é larga, e dá logar á uma hemorrhagia primitiva mortal, se não houver soccorro immediato.

2.ª A hemorrhagia para em consequencia d'uma syncope e não se reproduz mais.

3.ª A hemorrhagia primitiva é moderada em consequencia da obliquidade da ferida tegumentar ou da fraca extensão da ferida arterial.

4.ª Depois d'uma hemorrhagia mais ou menos abundante a ferida externa cura-se e forma-se um aneurisma arterial ou arterio-venoso.

5.ª A arteria é modificada em uma certa extensão por um corpo contundente, uma bala por exemplo, e só se apresenta a hemorrhagia após a queda da eschara.

Todas as vezes que a hemorrhagia é consideravel e que a ferida externa apresenta certa largura, deve-se ligar o vaso lesado: nos casos comprehendidos na terceira e quinta cathegorias é acceitavel a ligadura temporaria até que não se possa mais contar com o emprego de meios accessorios e seja necessario recorrer á uma hemostasia definitiva.

Indicada a ligadura, ha dous processos á escolher: o da ligadura di-

recta na ferida e o da ligadura affastada do tronco vascular. Em these geral não se póde dizer que um d'estes methodos excede ao outro; ou é preferivel: o operadôr se decidirá attendendo ao estado da ferida: si fôr chamado pouco depois do ferimento, si a inflammação não alterou muito os tecidos, e si suspeita a lesão d'uma collateral sem hesitação deve ligar o vaso na ferida: si pelo contrario a ferida externa é estreita ou está cicatrisada, si formou-se um aneurisma falso circumscrito deve preferir a ligadura pelo methodo de Hunter.

As feridas das veias são mui graves: a ligadura n'estes vasos acompanha-se de serios accidentes mais vezes do que a ligadura das arterias: em todo o caso deve-se reccorrer á ligadura latteral, que conta bellos resultados. Um dos maiores perigos das feridas venosas é a entrada do ar nas veias o que é sobretudo para receiar por estar a circulação venosa na zona da aspiração thoracica.

Aneurismas.

Depois da popliteia é a axillar a arteria mais sujeita á aneurismas: podem resultar, como acabamos de ver, d'uma ferida complicada de lesão vascular; as vezes uma violencia contra a espadoa rompêo a axillar sem causar ferida externa e deu logar ao aneurisma: sirva de exemplo uma queda sobre a espadoa, uma pancada, ou ainda esforços para levantar grandes pesos ou para reduzir uma luxação scapulo humeral. O tratamento classico dos aneurismas da axillar é a ligadura da sub-clavea para fora dos escalenos; quanto aos aneurismas arterio-venosos, que ordinariamente apresentão mais inconvenientes do que perigos, pensamos que a dupla ligadura acima e abaixo de sua communicação é uma operação de exito duvidoso.

A compressão indirecta não póde ser facilmente applicada como meio curativo: entretanto o Sr. Verneuil obteve resultado satisfactorio comprimindo a sub-clavea. As experiencias dos Srs. Benjamin Anger e Felix Guyon demonstrão que levando o braço na elevação e abducção um pouco para traz não se sentem os batementos arteriaes na cubital e radial, do que concluirão elles que demora-se a circulação na arteria axillar desde que se dá ao braço esta posição que aliás seria um meio á por em practica para a cura dos aneurismas d'esta arteria

D'esde que a compressão não dá resultado, o que ordinariamente acontece, deve-se ligar ou a sub-clavea como já dissemos, ou mesmo a axillar: tres são os pontos nos quaes se póde ligar esta arteria. 1.º no triangulo clavi-peitoral—2.º immediatamente abaixo do pequeno peitoral—3.º na cavidade da axilla. No primeiro caso faz-se uma incisão parallela á clavicula do 0m, 1 de extensão á partir do bordo anteriôr do deltoide; corta-se a pelle, as fibras do cutaneo, o grande peitoral e chega-se á aponevrose clavi-coraco-axillar: apresenta-se o plexus acromio-thoracico, que d'algum modo impede a pesquisa da arteria; affastado elle, vê-se a arteria coberta pela veia, estando os nervos em um plano posteriôr. A operação n'este ponto é difficil; confirma-o Dupuytren, que levou mais de quarenta minutos para fazel-a. A ligadura feita abaixo do pequeno peitoral pelo processo de Désaut, modificado por Delpech, não apresenta vantagens sobre a ligadura na cavidade e é bastante laboriosa.

Na cavidade pratica-se a operação do modo seguinte: affastado o cotovello do tronco sem levantal-o acima da horisontal, põe-se o braço na rotação para fora e procura-se o bordo do coraco-bracchial; si o individuo é gôrdo ou si a parte está inflammada dividir-se-ha como quer Lisfranc, o espaço comprehendido entre o grande dorsal e o grande peitoral em trez partes: far-se-ha uma incisão na juncção do terço anterior com o terço medio, ou mesmo um pouco para diante d'esta linha: o meio da incisão que deve ser longa de 0, 06 á 0,08 e mui superficial, corresponderá ao collo cirurgico do humerus.

Dividida com precaução a pelle e a aponevrose e reconhecido o bordo do coraco-bracchial, caminhando de diante para traz, isto é, do grande peitoral para o grande dorsal, se encontra á principio um grosso cordão nervoso—o nervo mediano, depois um outro nervo delgado—o cubital; entre os dous em um plano mais profundo acha-se a arteria; é necessario ter o cuidado de passar a tenta-canula de traz para diante para não offender a veia.

A circulação se restabelece pelas anastomoses das arterias da espadoa com a humeral profunda, quando se faz a ligadura na cavidade da axilla; quando a ligadura foi feita debaixo da clavicula são aos anastomoses dos ramos da snb-clavea com os da axillar, que se incumbem de levar vida para o membro superior,

Phlegmões e abcessos.

O tecido cellular da axilla dá logar por sua inflammação á phlegmões e abcessos que são as molestias mais frequentes d'esta região.

Os phlegmões da axilla tem sido divididos em superficiaes e profundos, segundo tem séde acima ou a abaixo da aponevróse.—Os superficiaes são ora tuberiformes, constituidos por pequenos furunculos, ora são tumôres circumscriptos mui dolorosos cobertos por uma pelle vermelha e inflammada: são estes os phlegmões *en nappe*—phlegmões erysipelatosos de Velpeau, que quando se terminão por abcessos o que é muito commum exigem a prompta intervenção da arte, e devem ser dilatados cêdo e largamente.

Os phlegmões profundos, menos frequentes do que os superficiaes, são ordinariamente devidos á inflammação dos ganglios lymphaticos da região; as irritações directas a carie d'uma das costellas superiores, da clavicula ou da cabeça do humerus, os movimentos repetidos e violentos do braço provocão os abcessos profundos da axilla, que tambem podem ser causados por operações feitas nas paredes d'esta região. O diagnostico d'estes phlegmões não é facil; por vezes se os tem confundido já com aneurismas, já com abcessos superficiaes dos chamados erysipelatosos pelo Sr. Velpeau; o prognostico é grave, quando elles tomão grande extensão e se propagão as regiões visinhas. O tratamento consiste em dar saida ao pus: a abertura póde ser feita do modo seguinte; affastado o braço do tronco interra-se o bisturi na base da pyramide axillar debaixo para cima, inclinando a ponta do instrumento para o thorax; n'esta posição o instrumento forma uma linha ligeiramente divergente com o feixe vasculo-nervoso e não se deve receiar feril-o por maior profundidade, que se dê á incisão; escuado o pus leva-se o dêdo na abertura feita com o fim de determinar sua largura, de scientificar-se da extensão dos descollamentos e reconhecer a integridade das diversas peças do esquellêto, que se avisinhão da axilla. Affastão-se os bordos da ferida por meio d'uma mecha de fios, que mais tarde poderá ser substituida por um ou muitos tubos de Chassaignac. É claro que antes da operação poder-se-hia usar de cataplasmas emollientes, e depois praticar injecções detersivas e irritantes com o fim de favorecer a formação de botões carnosos nas paredes da solução de continuidade.

Dos phlegmões, que temos estudado provem abcessos, que se sujei-

tão ás mesmas regras em relação ao tratamento. Em tods o caso é sempre conveniente e ás vezes indispensavel dar sahida ao pus.

Abcessos frios e por congestão tambem se manifestão na axilla; são provenientes da carie das costellas, do omoplata, da extremidade superiôr do humerus, e da columna vertebral. Ha abcessos formados por irrupção para fora de collecções purulentas da pleura ou por empyemas que perfurão os espaços intercostaes. A infecção purulenta tambem sóe determinar na axilla a presença de vastas collecções purulentas, que merecem todo o cuidado da parte do cirurgião.

Os tumôres da região axillar, quando não são phlegmões ou aneurismas dependem ordinariamente de affecções dos ganglios.

Os tumôres cancerosos do seio acompanhão-se quasi sempre de engorgitamento dos ganglios axillares, de sorte que a adenite é uma complicação muito frequente dos esquirrhos da mamma. Outras degenerações que não a cancerosa podem soffrer os ganglios da axilla; muitas vezes hypertrophião-se adquirindo um enorme volume; não são frequentes na região os tumôres cartilaginosos, e as veias raras veses formão tumôres volumosos. Exostóses osteocartilaginosas, emchondromas, kistos simples oû hydaticos e lipomas são tumôres, que tambem se pódem apresentar na axilla: o seu tratamento cirurgico consiste na ablação, que deve ser feita com cuidado de modo que as paredes da região não sejão compromettidas.

Em consequencia dos abcessos da axilla podem se manifestar descollamentos da pelle; muitas vezes estes descollamentos tornão-se fistulosos. As fistulas na axilla pódem tambem ser entretidas por uma molestia dos ossos visinhos, e então dependem da privação do tecido cellular que tem sido arrastado por uma suppuração abundante.

A compressão, os desbridamentos extensos e multiplos, as cauterisações dos tecidos endurecidos são meios empregados com vantagem para fazer desapparecer os trajectos fistulosos.

É indispensavel para fazer-se o diagnostico differencial das molestias da axilla que o homem da arte tenha em vista certas regras praticas; é assim que convém explorar as arterias do antebraço e do braço, auscultar os tumôres; indagar da motilidade e sensibilidade do membro superior, do estado da circulação venosa etc. A historia da cirurgia attesta que cirurgiões distinctos tem cahido em graves erros por esquecerem algumas das regras de que fizemos menção.

SECÇÃO MEDICA.

Contagio.

PROPOSIÇÕES.

I.—Contagio é o acto pelo qual uma molestia determinada se communica d'um individuo d'ella affectado á um ou muitos individuos sãos por meio d'um contacto quer mediato, quer immediato.

II.—É de subida importancia e de absoluta necessidade o facto do contacto para que haja contagio.

III.—A predisposição e o agente contagioso são os dous elementos sem os quaes não se póde dar o contagio.

IV.—Não é condição essencial do contagio a elaboração do principio contagioso por um organismo doente.

V.—Nem sempre o principio contagioso é um virus.

VI.—As molestias parasitarias são essencialmente contagiosas.

VII.—As molestias nervosas não são contagiosas.

VIII.—Uma molestia epidemica não é necessariamente contagiosa.

IX.—O estado liquido não é o normal dos virus.

X.—São concepções puramente imaginarias as theorias, que admittem virus halituosos.

XI.—Os principaes laboratorios onde se produzem os virus são as partes em que se localisão as manifestações morbidas.

XII.—O contagio é um modo de ser da infecção.

SECÇÃO ACCESSORIA.

Estudo chimico da urina morbida.

PROPOSIÇÕES.

I.—Graças ao descobrimento do microscopio e aos progressos da chimica organica a uroscopia tem os fóros de sciencia.

II.—O exame da urina é um recurso importante para o diagnostico e prognostico de certas molestias.

III.—Diversos são os estados morbidos nas quaes a urina póde ser alterada já em qualidade já em quantidade.

IV.—As alterações qualitativas da urina se referem á sua côr, cheiro, aspecto, á sua reacção chimica a á apparição de elementos anormaes.

V.—As alterações quantitativas dependem da maior ou menor quantidade de liquido, que é secretada em um tempo dado.

VI.—Na chlorose e anemia a urina torna-se alcalina, rica de saes e pobre de principios organicos.

VII.—A urina dos chloroticos encerra certa quantidade de ferro.

VIII.—Nas febres e molestias inflammatorias a secreção urinaria diminue; a urina é mais corada, mais densa e mais acida.

IX.—A urina dos diabeticos contém assucar.

X.—Em muitas molestias hepaticas se encontra na urina o pigmento biliar.

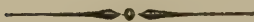
XI.—Diversas molestias e sobretudo a nephrite parenchimatosa determinão a presença da albumina na secreção dos rins.

XII.—O nitrato de prata é o reagente empregado para verificar-se a presença de chloruretos na urina.

XIII.—Com o acido nitrico só ou misturado ao acido sulphurico (partes eguaes) póde-se reconhecer o pigmento biliar nas urinas.

XIV.—Os reactivos empregados para descobrir a albumina em uma urina suspeita são o calor e o acido nitrico.

XV.—Os reactivos de Trommer e Mulder são os preferiveis para reconhecer-se a presença do assucar.

XVI.—Quando a glycosuria está pouco adiantada, o assucar poderá ser reconhecido pelo polarimetro ou pela fermentação.

SECÇÃO CIRURGICA.

Lesões intestinaes e seu tratamento.

PROPOSIÇÕES.

I.—As lesões intestinaes são as mais das vezes complicações das feridas penetrantes do abdomen.

II.—De todas as lesões visceraes, que complicão as feridas penetrantes do abdomen, são mais constantes as lesões do intestino delgado.

III.—A lesão do intestino póde soffrer muitas gradações desde a simples picada até a secção a mais consideravel, quer horisontal, quer longitudinal.

IV.—O estomago, o figado, o baço, os rins e o utero podem ser compromettidos nas feridas penetrantes do abdomen.

V.—Uma lesão intestinal póde ser determinada por ferida penetrante que não se fez do lado da pelle.

VI.—Nem sempre a gravidade da lesão do intestino está em relação com a sua extensão.

VII.—É difficil, se não impossivel, o diagnostico dos pequenos ferimentos intestinaes.

VIII.—O accidente, que, ás mais das vezes torna fatal um ferimento do intestino, é a peritonite, occasionada por derramamento de sangue ou de liquidos intestinaes.

IX.—Quando, ferido o intestino, elle não faz hernia, não são convenientes as tentativas de reunião; o repouso do doente, a prescripção de opiaceos, a suspensão da dieta, taes são os meios de que se deve lançar mão.

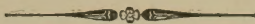
X.—Os aperfeiçoamentos de que hoje se ressentem as costuras intestinaes restringem muito o emprego do anus contra a natureza como meio de tratamento nas feridas do intestino.

XI.—Dos diversos methodos de costura geralmente empregados, o que manda pôr em contacto as sorosas é preferivel aos outros.

XII.—Tem grandes inconvenientes os processos nos quaes se põem em contacto membranas de natureza diversa.

XIII.—Não dão bom resultado os methodos nos quaes se fáz preciso o uso d'um corpo estranho para praticar-se a costura.

XIV.—Nos ferimentos longitudinaes o processo de Gely, nas divisões circulares o processo de invaginação proposto por Jobert devem com razão ser preferidos aos demais.

HYPPOCRATIS APHORISMI.

I.

Sanguine multo effuso, convulsio aut singultus superveniens, malum.

(Sect. 5.a Aph. 3.o)

II.

In morbis acutis extremarum partium frigus, malum.

(Sect. 7.a Aph. 1.o)

III.

Lassitudines sponte obortœ morbos denunciant.

(Sect. 2.a Aph. 5.o)

IV.

Cibi, potus, venus omnia moderata sint.

(Sect. 2.a Aph. 6.o)

V.

Somnus, vigilia, utraque, modum excedentia, malum.

(Sect. 2.a Aph. 7.o)

VI.

Ubi somnus delirium sedat, bonum.

(Sect. 2.a Aph. 2.o)

BAHIA.—Typographia de J. G. Tourinho—1870.

Remettida á Commissão Revisora. Bahia e Faculdade de Medicina em 18 de Agosto de 1870.

Dr. Gaspar.

Está conforme os Estatutos. Faculdade de Medicina da Bahia 20 de Agosto de 1870.

Dr. Moura.
Dr. Demetrio.
Dr. V. C. Damazio.

Imprima-se. Bahia e Faculdade de Medicina 3 de Outubro de 1870.

Dr. Baptista
Director.